

Harris County and Harris County Flood Control District: OAP Base Plus

Período de cobertura: 03/01/2017 - 02/28/2018

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto cuesta

Cobertura: individual/individual + grupo familiar | Tipo de plan: OAP



Esto es solamente un resumen. Si desea más detalles acerca de su cobertura y los costos, puede obtener los términos completos en la póliza o la documentación del plan en www.cigna.com/sp/ o llamando al 1-800-Cigna24.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible (deductible)</u> general?	Para proveedores dentro de la red: \$0 por persona / \$0 por grupo familiar. Para proveedores fuera de la red: \$1,000 por persona / \$3,000 por grupo familiar. Deducible del plan médico/salud del comportamiento y de farmacia combinados. No se aplica a atención preventiva e inmunizaciones, visitas al consultorio dentro de la red, medicamentos que requieren receta médica, medicamentos que requieren receta médica de entrega a domicilio, visitas a salas de emergencias ni visitas a instalaciones de atención de urgencia. Los copagos no cuentan para el deducible .	Usted debe pagar todos los costos hasta la cantidad del deducible (deductible) antes de que el plan comience a pagar los servicios cubiertos que usted use. Consulte su póliza o la documentación del plan para ver cuándo comienza a contar el deducible (deductible) (por lo general, pero no siempre, el 1 de enero). Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para saber cuánto paga usted por los servicios cubiertos después de alcanzar el deducible (deductible) .
¿Existen otros <u>deducibles (deductibles)</u> por servicios específicos?	No.	No es necesario que cumpla con deducibles (deductibles) para servicios específicos, pero consulte el cuadro que comienza en la página 2 para conocer otros costos correspondientes a servicios cubiertos por este plan.
¿Existe algún <u>límite de desembolso (out-of-pocket limit)</u> en mis gastos?	Sí. Para proveedores dentro de la red: \$6,150 por persona / \$12,300 por grupo familiar. Para proveedores fuera de la red: \$10,000 por persona / \$30,000 por grupo familiar. Límite de desembolso del plan médico/salud del comportamiento y de farmacia combinados.	El límite de desembolso (out-of-pocket limit) es el máximo que usted podría pagar durante un período de cobertura (generalmente un año) por su parte del costo de los servicios cubiertos. Este límite le ayuda a planificar los gastos de atención médica.
¿Qué conceptos no están incluidos en el <u>límite de desembolso (out-of-pocket limit)</u> ?	La prima, los cargos por facturación de saldos, las multas por falta de autorización previa y la atención médica que este plan no cubra.	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el límite de desembolso (out-of-pocket limit) .
¿Existe algún límite anual general en lo que el plan paga?	No.	El cuadro que comienza en la página 2 describe los límites respecto de lo que el plan pagará por servicios cubiertos <i>específicos</i> , como visitas al consultorio.

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en www.myCigna.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario

en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Este plan usa una red (network) de proveedores (providers) ?	Sí. Para obtener una lista de los proveedores participantes, consulte www.myCigna.com o llame al 1-800-Cigna24.	Si usa un médico u otro proveedor (provider) de atención médica dentro de la red, este plan pagará parte o la totalidad de los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que es posible que su médico u hospital dentro de la red use un proveedor (provider) fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red, preferido (preferred) , o participante para los proveedores (providers) pertenecientes a su red (network) . Consulte el cuadro que comienza en la página 2 para saber cómo les paga este plan a los diferentes tipos de proveedores (providers) .
¿Necesito una referencia para ver a un especialista (specialist) ?	No. No necesita una referencia para ver a un especialista.	Puede ver al especialista (specialist) que usted elija sin permiso de este plan.
¿Existen servicios que este plan no cubra?	Sí.	Algunos de los servicios que este plan no cubre se detallan en la página 5. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener más información sobre los servicios excluidos (excluded services) .



- Los **copagos (co-payments)** son cantidades fijas en dólares (por ejemplo, \$15) que usted paga por la atención médica cubierta, generalmente cuando recibe el servicio.
- El **coaseguro (co-insurance)** es la parte que *usted* paga de los costos de un servicio cubierto, que se calcula como un porcentaje de la **cantidad permitida (allowed amount)** del servicio. Por ejemplo, si la **cantidad permitida (allowed amount)** del plan de salud para una estadía en un hospital por una noche es de \$1,000, su **coaseguro (co-insurance)** del 20% sería de \$200. Esto puede cambiar si usted no alcanzó su **deducible (deductible)**.
- La cantidad que paga el plan por los servicios cubiertos se basa en la **cantidad permitida (allowed amount)**. Si un **proveedor (provider)** fuera de la red cobra más que la **cantidad permitida (allowed amount)**, es posible que usted deba pagar la diferencia. Por ejemplo, si el cargo de un hospital fuera de la red es de \$1,500 para la estadía por una noche y la **cantidad permitida (allowed amount)** es de \$1,000, quizás deba pagar la diferencia de \$500. (A esto se lo denomina **facturación del saldo (balance billing)**).
- Es posible que este plan le incentive a usar **proveedores (providers)** dentro de la red cobrándole **deducibles (deductibles)**, **copagos (co-payments)** y **coaseguros (co-insurance)** más bajos.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	El costo para usted si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Si visita el consultorio o la clínica de un <u>proveedor</u> de atención médica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	CCN: Copago de \$15/visita PCP no perteneciente a CCN: Copago de \$25/visita	Coaseguro del 50%	----- Ninguna -----
	Visita a un especialista	Especialista perteneciente a CCN: Copago de \$30/visita Especialista no perteneciente a CCN: Copago de \$40/visita	Coaseguro del 50%	----- Ninguna -----
	Visita al consultorio de otro profesional	Para acupuntura: Copago de \$0/visita Para quiropráctica: Copago de \$0/visita	Para acupuntura: Coaseguro del 0%/visita Coaseguro del 0%/visita Para quiropráctica: Coaseguro del 50%/visita	La cobertura para acupuntura/quiropráctica tiene un límite máximo de 10 visitas por año. Pueden aplicarse niveles de beneficios de PCP perteneciente y no perteneciente a CCN
	Atención preventiva / exámenes de detección / inmunizaciones	No perteneciente a CCN: Sin cargo/visita	PCP: Coaseguro del 50%/visita Especialista: Coaseguro del 50%/visita	----- Ninguna -----
		Sin cargo/examen de detección No perteneciente a CCN: Sin cargo/inmunizaciones	Coaseguro del 50%/examen de detección PCP: Coaseguro del 50%/inmunizaciones Especialista: Coaseguro del 50%/inmunizaciones	----- Ninguna ----- ----- Ninguna ----- Puede aplicarse el nivel de beneficios de CCN.
Si se realiza una prueba	Prueba de diagnóstico (radiografía, análisis de sangre)	Sin cargo	Coaseguro del 50%	----- Ninguna -----
	Prueba de diagnóstico por imágenes (CT/PET, MRI)	Copago de \$100 por tipo de imagen radiológica/día o sin cargo en instalaciones de eviCore	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en www.myCigna.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	El costo para usted si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos que requieren receta médica en www.myCigna.com	Medicamentos genéricos	Coaseguro del 25% pero no menos de \$5 o más de \$50/receta (minorista, suministro para 30 días), coaseguro del 25% pero no menos de \$10 o más de \$100/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	La cobertura se limita hasta un suministro para 90 días (minorista y entrega a domicilio) y hasta un suministro para 30 días (minorista y entrega a domicilio) para medicamentos de especialidad. Pueden aplicarse ciertas limitaciones, entre ellas, por ejemplo: autorización previa, tratamiento escalonado, límites de cantidad.
	Medicamentos de marca preferida	Coaseguro del 30% pero no menos de \$25 o más de \$150/receta (minorista, suministro para 30 días), coaseguro del 30% pero no menos de \$50 o más de \$300/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos de marca no preferida	Coaseguro del 30% pero no menos de \$25 o más de \$150/receta (minorista, suministro para 30 días), coaseguro del 30% pero no menos de \$50 o más de \$300/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 90 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
	Medicamentos de especialidad	Coaseguro del 30%, pero no menos de \$50 o más de \$300/receta (minorista y entrega a domicilio, suministro para 30 días)	Coaseguro del 50%/receta (minorista); sin cobertura (entrega a domicilio)	
Si se realiza una cirugía para pacientes en consulta externa	Tarifa de las instalaciones (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio)	Copago de \$400/visita	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación. El copago/deducible por visita no se aplica para procedimientos que no sean quirúrgicos
	Tarifas del médico/cirujano	Sin cargo	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en www.myCigna.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	El costo para usted si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Si necesita atención médica inmediata	Servicios de salas de emergencias	Copago de \$300/visita	Copago de \$300/visita	El copago por visita no se aplica si es admitido
	Transporte médico de emergencia	Sin cargo	Sin cargo	----- Ninguna-----
	Atención de urgencia	Copago de \$50/visita	Coaseguro del 50%	----- Ninguna-----
Si necesita una estadía en el hospital	Tarifa de las instalaciones (p. ej., habitación del hospital)	Copago de \$600/admisión	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.
	Tarifas del médico/cirujano	Coaseguro del 100%	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.
Si necesita servicios de salud mental, salud del comportamiento o alcoholismo y/o farmacodependencia	Servicios de salud mental/ del comportamiento para pacientes en consulta externa	Copago de \$30/visita al consultorio Sin cargo/todos los demás servicios	Coaseguro del 50%/visita al consultorio Coaseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación de servicios que no sean de rutina (es decir, hospitalización parcial, Programa intensivo para pacientes en consulta externa [IOP, por sus siglas en inglés], etc.).
	Servicios de salud mental/ del comportamiento para pacientes internados	Copago de \$600/admisión	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.
	Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes en consulta externa	Copago de \$30/visita al consultorio Sin cargo/todos los demás servicios	Coaseguro del 50%/visita al consultorio Coaseguro del 50%/todos los demás servicios	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación de servicios que no sean de rutina (es decir, hospitalización parcial, Programa intensivo para pacientes en consulta externa [IOP, por sus siglas en inglés], etc.).
	Servicios de alcoholismo y/o farmacodependencia para pacientes internados	Copago de \$600/admisión	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.
Si está embarazada	Atención prenatal y postnatal	Sin cargo	Coaseguro del 50%	----- Ninguna-----
	Parto y todos los servicios como paciente internada	Copago de \$600/admisión	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en www.myCigna.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Evento médico común	Servicios que puede necesitar	El costo para usted si usa un		Limitaciones y excepciones
		Proveedor dentro de la red	Proveedor fuera de la red	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Atención médica en el hogar	Sin cargo	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$20/visita al PCP Copago de \$20/visita al especialista	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación de los servicios de terapia del habla. La cobertura tiene un límite máximo de 60 días por año
	Servicios de habilitación	Sin cobertura	Sin cobertura	----- Ninguna -----
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación. La cobertura tiene un límite máximo de 100 días por año
	Equipo médico duradero	Sin cargo	Coaseguro del 50%	Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.
	Servicios para enfermos terminales	Coaseguro del 10%/pacientes internados; coaseguro del 10%/servicios para pacientes en consulta externa	Coaseguro del 50%/pacientes internados; coaseguro del 50%/servicios para pacientes en consulta externa	Copago de \$250 Multa de \$750 si no se realiza la precertificación.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista	Sin cobertura	Sin cobertura	----- Ninguna -----
	Anteojos	Sin cobertura	Sin cobertura	----- Ninguna -----
	Control dental	Sin cobertura	Sin cobertura	----- Ninguna -----

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos

Servicios que su plan NO cubre (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros <u>servicios excluidos (excluded services)</u>).		
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Atención dental (adultos) • Atención dental (niños) • Atención de la vista (niños) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de habilitación • Atención a largo plazo • Atención que no sea de emergencia durante un viaje fuera de los EE. UU. • Enfermería privada 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) • Atención de rutina de los pies • Programas para bajar de peso

Otros servicios cubiertos (esta no es una lista completa. Consulte su póliza o la documentación del plan para obtener información sobre otros servicios cubiertos y sus costos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Aparatos auditivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en www.myCigna.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Su derecho a continuar la cobertura:

Si pierde la cobertura del plan, según las circunstancias, es posible que las leyes federales y estatales dispongan de protecciones que le permitan conservar la cobertura médica. Este derecho puede tener una duración limitada y requerirá que usted pague una **prima**, que puede ser significativamente superior a la prima que paga mientras está cubierto por el plan. También pueden aplicarse otras limitaciones con respecto a su derecho de continuar la cobertura.

Para obtener más información sobre su derecho a continuar la cobertura, comuníquese con el plan llamando al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con el departamento de seguros de su estado, con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos llamando al 1-866-444-3272 o ingresando en www.dol.gov/ebsa, o con el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos llamando al 1-877-267-2323, ext. 61565 o ingresando en www.cciio.cms.gov.

Su derecho a presentar una queja formal o apelación:

Si tiene una queja o no está satisfecho con la denegación de cobertura de reclamos del plan, quizás pueda presentar una **apelación (appeal)** o una **queja formal (grievance)**. Para realizar preguntas sobre sus derechos o sobre esta notificación, o para obtener ayuda, puede comunicarse con Servicio al Cliente de Cigna llamando al 1-800-Cigna24. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o ingresando en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Esta cobertura proporciona cobertura esencial mínima?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio exige que la mayoría de las personas tengan cobertura de atención médica que califique como “cobertura esencial mínima”. **Este plan o póliza proporciona cobertura esencial mínima.**

¿Esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo?

La Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio establece un estándar de valor mínimo para los beneficios de un plan de salud. El estándar de valor mínimo es el 60% (valor actuarial). **Esta cobertura de salud cumple con el estándar de valor mínimo para los beneficios que proporciona.**

Servicios de acceso a idiomas:

Spanish (Español): para obtener asistencia en español, llame al 1-800-244-6224.

Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-244-6224.

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助，请拨打这个号码 1-800-244-6224.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-244-6224.

-----*Para ver ejemplos del modo en que este plan podría cubrir los costos de una supuesta situación médica, consulte la siguiente página.*-----

Preguntas: Llame al 1-800-Cigna24 o visítenos en www.myCigna.com.

Si no entiende alguno de los términos subrayados de este formulario, consulte el Glosario. Puede ver el Glosario en www.cciio.cms.gov o llame al 1-800-Cigna24 para solicitar una copia.

Ejemplos de cobertura

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

Estos ejemplos muestran el modo en que este plan podría cubrir la atención médica en determinadas situaciones. Use estos ejemplos para ver, en general, cuánta protección financiera podría obtener un supuesto paciente si estuviera cubierto por diferentes planes.



Esta no es una herramienta de estimación de costos.

No utilice estos ejemplos para calcular sus costos reales en virtud de este plan. La atención real recibida por usted será diferente de estos ejemplos, y el costo de dicha atención también será diferente.

Consulte la siguiente página para obtener información importante sobre estos ejemplos.

Nota: estos números se basan en la inscripción en la cobertura individual únicamente.

Tener un bebé (parto normal)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$7,540
- El plan paga: \$6,850
- El paciente paga: \$690

Ejemplo de costos de atención:

Cargos del hospital (madre)	\$2,700
Atención obstétrica de rutina	\$2,100
Cargos del hospital (bebé)	\$900
Anestesia	\$900
Análisis de laboratorio	\$500
Medicamentos que requieren receta médica	\$200
Radiología	\$200
Vacunas y otros servicios preventivos	\$40
Total	\$7,540

El paciente paga:

Deducible	\$0
Copagos	\$630
Coaseguro	\$30
Límites o exclusiones	\$30
Total	\$690

Control de la diabetes tipo 2 (mantenimiento de rutina de una afección bien controlada)

- Cantidad adeudada a proveedores: \$5,400
- El plan paga: \$3,930
- El paciente paga: \$1,470

Ejemplo de costos de atención:

Medicamentos que requieren receta médica	\$2,900
Equipos y suministros médicos	\$1,300
Visitas al consultorio y procedimientos	\$700
Educación	\$300
Análisis de laboratorio	\$100
Vacunas y otros servicios preventivos	\$100
Total	\$5,400

El paciente paga:

Deducible	\$0
Copagos	\$230
Coaseguro	\$960
Límites o exclusiones	\$280
Total	\$1,470

Preguntas y respuestas acerca de los ejemplos de cobertura:

¿Cuáles son algunos de los supuestos en los que se basan los ejemplos de cobertura?

- Los costos no incluyen las **primas (premiums)**.
- Los ejemplos de costos de atención se basan en los promedios nacionales proporcionados por el Departamento de Servicios Humanos y de Salud de los Estados Unidos, y no son específicos de un área geográfica o plan de salud en particular.
- La afección del paciente no es una afección excluida o preexistente.
- Todos los servicios y tratamientos comenzaron y terminaron en el mismo período de cobertura.
- No existen otros gastos médicos para ningún miembro cubierto por este plan.
- Los gastos de desembolso se basan únicamente en el tratamiento de la afección del ejemplo.
- El paciente recibió toda la atención a través de **proveedores (providers)** dentro de la red. Si el paciente hubiera recibido la atención a través de **proveedores (providers)** fuera de la red, los costos habrían sido más altos.

¿Qué muestra un ejemplo de cobertura?

Para cada situación de tratamiento, el ejemplo de cobertura le ayuda a ver cómo pueden sumarse los **deducibles (deductibles)**, **copagos (co-payments)** y el **coaseguro (co-insurance)**. También le ayuda a ver qué gastos pueden estar a su cargo porque el servicio o el tratamiento no está cubierto o el pago es limitado.

¿El ejemplo de cobertura predice mis propias necesidades de atención?

✘ **No.** Los tratamientos detallados son solo ejemplos. La atención recibida por usted para esta afección podría ser diferente según lo aconsejado por su médico, su edad, la gravedad de su afección y muchos otros factores.

¿El ejemplo de cobertura predice mis gastos futuros?

✘ **No.** Los ejemplos de cobertura **no** son una herramienta de estimación de costos. No puede utilizar los ejemplos para calcular los costos de una afección real. Se brindan solamente como un medio de comparación. Sus propios costos serán diferentes según la atención que reciba, los precios de sus **proveedores (providers)** y el reembolso permitido por su plan de salud.

¿Puedo usar los ejemplos de cobertura para comparar planes?

✓ **Sí.** Cuando revise el Resumen de beneficios y cobertura de otros planes, encontrará los mismos ejemplos de cobertura. Cuando compare los planes, mire el recuadro “El paciente paga” de cada ejemplo. Cuanto más baja sea esa cifra, más cobertura brinda el plan.

¿Hay otros costos que deba tener en cuenta al comparar planes?

✓ **Sí.** Un costo importante es la **prima (premium)** que pague. Por lo general, cuanto más baja sea su **prima (premium)**, más pagará en costos de desembolso, como **copagos (co-payments)**, **deducibles (deductibles)** y **coaseguro (co-insurance)**. También debe tener en cuenta los aportes a cuentas tales como las cuentas de ahorros para la salud (HSA, por sus siglas en inglés), cuentas de gastos flexibles (FSA, por sus siglas en inglés) o cuentas de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés), que le ayudarán a pagar los gastos de desembolso.

ID del plan: 5962417

Versión de beneficios: 8

Nombre del plan: 5962417 - Base Plus w/HAMP

Kit Track: SBM29549